UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

ANNÉE 1971 THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mohammed TAVASSOLI-RESHKHARI
Né en 1932 à Torbat-Haydarieh (Iran)

Présentée et soutenue publiquement le 1971

L'ENDOMETRIOSE DE L'INTESTIN GRELE

A PROPOS DE 3 CAS

Président : M. C. OLIVIER, Professeur

PARIS — 1971

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

ANNÉE 1971 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mohammed TAVASSOLI-RESHKHARI
Né en 1932 à Torbat-Haydarieh (Iran)

Présentée et soutenue publiquement le 197

L'ENDOMETRIOSE DE L'INTESTIN GRELE

A PROPOS DE 3 CAS

Président : M. C. OLIVIER, Professeur

PARIS — 1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

En témoignage de ma respectueuse affection.

A MA FEMME

A MES DEUX FILS

Qui éclairent ma vie d'un bonheur profond.

En témoignage de ma tendresse.

A MES SOEURS ET FRERES

En témoignage de mes attachements affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER
Professeur à la Faculté de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et en a bien voulu
accepter la présidence.
Avec toute notre gratitude et
nos remerciements.

En témoignage de notre reconnaissance

à l'égard du Dr G. MARTY et du Dr E. JUVIN

Avec qui nous avons entretenu

des relations amicales pendant

les deux dernières années de

notre séjour à Paris et pour

l'aide qu'ils nous ont apporté

à la rédaction de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance

à l'égard du Dr G. MARTY et du Dr E. JUVIN

avec qui nous avons entretenu

des relations amicales pendant

les deux dernières années de

notre séjour à Paris et pour

l'aide qu'ils nous ont apportée

à la réalisation de cette thèse.

A TOUS MES MAITRES

A qui je dois la formation scolaire
et universitaire.

En signe de ma profonde gratitude.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'endométriose du grêle qui est, en réalité, une tumeur bénigne intestinale, formée essentiellement des éléments endométriaux ne siège qu'au niveau de l'iléon.

Bien que cette maladie soit rare, et n'occupe que peu de place dans le chapitre de la pathologie intestinale, ou dans les traités gynécologiques, elle pose toujours, quand elle se rencontre, de difficiles problèmes diagnostiques et thérapeutiques, du fait de son évolution relativement longue et insidieuse, ce qui fait valoir l'intérêt d'une nouvelle étude de cette affection.

A l'occasion de trois nouvelles observations récentes (les deux premières ayant été recueillies dans le service du Pr. C. OLIVIER à l'Hôtel-Dieu de Paris, et la troisième étant un cas personnel du Dr G. MARTY) et à travers les 59 autres observations que nous avons pu recueillir dans la littérature mondiale. Nous allons essayer de rassembler les éléments qui peuvent conduire à un diagnostic de certitude, et de voir quelle est l'attitude thérapeutique actuelle vis à vis de cette ectopie endométriale.

Nous nous proposons, pour ce travail, de suivre le plan suivant :

I - <u>GENERALITES</u>

A - DEFINITION

B - HISTORIQUE

C - NOTIONS HISTOLOGIQUES :

1) Aspect macroscopique

2) Aspect microscopique

D - HORMONES SEXUELLES ET ENDOMETRIOSE DU GRELE

E - PATHOGENIE

F - ETIOLOGIE ET FACTEURS FAVORISANTS :

1) Age

2) Race et Milieu Social

3) La stérilité

4) Association

II - CLINIQUE

A - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ILLUSTREES PAR NOS OBSERVATIONS (3) ET CELLES EMPRUNTEES DE LA LITTERATURE (5)

B - SYMPTOMATOLOGIE ET DISCUSSION

III - FORMES CLINIQUES

IV - EVOLUTION

V - COMPLICATIONS

VI - DIAGNOSTIC

VII - TRAITEMENT : (Médical
(Physiothérapique
(Chirurgical
(Attitude thérapeutique actuelle vis à
(vis de l'endométriose de l'intestin
(grêle

VIII- CONCLUSIONS

I - GENERALITES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A - DEFINITION

La définition de l'endométriose, affection de la femme jeune en pleine activité génitale, est uniquement histologique : elle se caractérise par une prolifération du tissu de type endométrial à distance de la cavité utérine. Ces formations dystrophiques qui comportent des ilots épithélio-glandulaires à cellules cylindriques entourées d'un chorion cytogène, parfois de fibres musculaires lisses rappellent la structure de l'endomètre en particulier lorsqu'elles se montrent réceptives aux incitations des hormones génitales, constituant dans leur ensemble "des petits utérus en miniature" des anciens auteurs.

B - HISTORIQUE

L'endométriose fut décrite pour la première fois en 1860 (Annales d'anatomie pathologique Paris 1965) par Rokitansky. Von Reckling Haussen en reprend la description en 1896.

Sampson et Josselin De Jong en 1925 créèrent le terme d'endométriose et l'attribuèrent à cette localisation ectopique du tissu endométrial.

Depuis, de nombreux travaux lui ont été consacrés et une mise au point particulièrement approfondie a été réalisée en 1945 au Congrès Français de Chirurgie.

Les cas princeps concernant l'endométriose de l'intestin grêle appartiennent à R. Mayer qui en 1909 en rapporta un cas puis à Josselin De Jong. Par la suite dans l'ordre chronologique apparurent les observations suivantes :

- Jayle en 1927, trois cas
- Cunseller en 1937, deux cas cités par Brocq et Varrangot
- En 1940, Glenn et Thornton ne retrouvèrent que quatre cas dans la littérature mondiale.

Les observations publiées en 1946 sont les suivantes :

- L. Michon et C. Olivier, deux cas rapportés dans la presse médicale.
- Woade et Serbert, un cas.
- Mac Leode, deux cas.
- Clark en 1951 en retrouve seulement 25 cas dans toute la littérature.
- En 1960, H. Pyam et A. Monge (Archives Mal. App. Dig. Sept. 1960) recueillent une quarantaine de cas dont 33 avec des documents anatomiques et cliniques précis.

Nous avons pu étudier 59 observations comportant presque la totalité des publications faites jusqu'à aujourd'hui sur l'endométriose de l'intestin grêle.

C - NOTION HISTOLOGIQUE

I - ASPECT MACROSCOPIQUE : Ces formations tumorales ou kystiques restent très variables dans leur volume puisqu'elles vont de la grosseur d'une tête d'épingle à une masse suffisamment développées pour bloquer tout le petit bassin. Quoiqu'il en soit dès que l'on examine, par laparotomie ou coelioscopie, ces caractères morphologiques sont suffisamment particuliers pour évoquer d'emblée l'endométriose. Cette dernière présente en effet,

1) des limites imprécises, une absence de capsule péritumorale d'où une absence de plan de clivage, caractères qui pourraient en imposer par une tumeur maligne.

2) la multiplicité des foyers sur les différents organes se rencontre souvent sous forme de petites tâches bleuâtres ou cicatricielles.

3) l'existence du vieux sang dans les foyers dystrophiques leur donne un aspect de kyste goudron ou chocolat. Cependant, au niveau de l'intestin grêle, les lésions prennent un aspect habituellement moins évocateur et par là rendent le diagnostic difficile voire impossible faisant évoquer une lésion maligne et pouvant mener le chirurgien à des regrettables sanctions d'exérèse.

Au niveau de l'intestin grêle, les lésions endométriales siègent à la partie terminale de l'iléon, en général de 10 à 15 cm ou même à 60 cm en amont de la valvule de Bauhin. Le plus souvent, elles se présentent comme une virole unique se développant dans la paroi même de l'intestin de consistance très dure rétractant les segments sus et sous jacents d'aspect blanchâtre.

Parfois plus rarement, il peut s'agir des formations étagées (Ch. Monges, H. Rayan et A. Monge 1960, leur malade présentait trois tumeurs au niveau de l'iléon et une quatrième au niveau de la jonction iléo-caecale). L'épaississement de la paroi intestinale est due, à une hypertrophie importante de la musculeuse réalisant un véritable myome surélevant la muqueuse intestinale, et aussi à des tissus réactionnels fibreux et inflammatoires qui provoquent ainsi l'obturation de la lumière intestinale et une dilatation des anses intestinales en amont. Rarement, il s'agit d'une tuméfaction de volume d'une noisette dure et régulière. Il existe dans le mésentère au-dessous de la tumeur une zone de mésentérite rétractile, inconstamment des petits ganglions de type inflammatoire. La séreuse qui recouvre la masse tumorale reste intacte mais adhère intimement à la tumeur.

Enfin, d'une façon non constante on peut observer des nodules miliaires grisâtres ou rouges sur un fond cicatriciel qui sont très évocateurs, fait très important souligné par tous les auteurs, l'intégrité de la muqueuse intestinale sauf dans le cas de Behrandh et Neumayer où le nodule avait tendance à pénétrer dans la lumière de l'intestin et celui du Cobellis où la muqueuse était ulcérée.

L'association d'une endométriose de l'intestin grêle à d'autre localisation est possible : ovarienne, recto-caeco-appendiculaire de la cloison recto-vaginale voire ombilicale parfois même de façon encore plus diffuse comme ce fut le cas de J. Fradin et P. Isidor (1965) qui dès l'ouverture de l'abdomen découvrirent une masse iléo-caeco-annexielle soudée à la paroi pelvienne et de nombreuses formations kystiques bleutées sur les anses grêles associées à une atteinte du péritoine caractéristiques d'une endométriose en pleine poussée évolutive.

II - <u>ASPECT MICROSCOPIQUE</u> : Etant donné l'extrême difficulté du diagnostic clinique même peropératoire de l'endométriose de l'intestin grêle, la confirmation de celui-ci ne peut se baser que sur les arguments microscopiques qui depuis 1939 (Brocq et Varrangot) restent inchangés et constituent d'ailleurs la définition même de la maladie.

La structure de ces formations tumorales dystrophiques dans son ensemble évoque celui de l'endomètre orthotopique et comporte les éléments histologiques suivants :

a) tubes glandulaires soient isolés, soient groupés en petits ilots à contours souvent anfractueux tapissés d'une seule couche de cellules épithéliales cylindriques, hautes, ciliées ou non, sans mitose ni atypnies cellulaires, dont certaines sont dilatées contenant du sang avec aplatissement du revêtement épithélial.

b) ces cavités glandulaires sont entourées d'un chorion cytogène constitué par des petites cellules stellaires à noyau ovoïde riche en chromatine et reliées les unes aux autres par des fins prolongements protoplasmiques.

c) bien que l'existence des fibres musculaires lisses, (l'équivalence du myomètre) ne soit pas considérée comme un élément essentiel et indispensable au diagnostic, on remarque généralement au niveau de l'intestin une hypertrophie importante des plans musculaires intestinaux.

Tous ces éléments qui participent à la formation des foyers endométriaux ont pour siège, la sous-séreuse et la musculeuse tout en respectant la muqueuse intestinale.

Il semble par ailleurs que la participation d'un tissu fibreux réactionnel soit de règle.

D - HORMONES SEXUELLES ET ENDOMETRIOSE DU GRELE

Les formations endométriales quel qu'en soit le siège sont susceptibles de subir les mêmes évolutions cycliques que l'endomètre orthotopique, bien que ce phénomène soit loin d'être constant; toutefois des remaniements très profonds peuvent s'observer au niveau du chorion cytogène sous la dépendance de la progestérone ou au cours d'une grossesse. Ils consistent en une intense prolifération de cellules déciduales (décidualisation) capables de comprimer les tubes glandulaires, réduisant leur lumière à une simple fente voire à un trait linéaire bordé de cellules basses de type épithélial, cependant comme nous l'avons remarqué plus haut cette décidualisation n'est pas constante même chez un sujet lors de deux grossesses successives (Mocquet et Musset).

A ce propos et toujours dans le cadre de l'endométriose de l'intestin grêle, voici quelques passages intéressants du compte rendu histologique à titre d'exemple que rapportèrent M. J. Fradin et P. Isidor en 1965 :" leur malade fut opérée pour un syndrome occlusif survenu dans les suites de l'avortement d'une grossesse de 50 jours "... toutefois, l'attention fut retenue par la structure très nettement gravidique de ce nodule (épithélium glandulaire en dents de scie à cellules hautes, claires, avec un noyau refoulé à la base et surtout un chorion cytogène franchement décidual et non déciduiforme).

Très curieusement, cet état dans son ensemble évoqua tout à fait "le petit utérus en miniature" décrit par les anciens auteurs. On doit signaler enfin provenant du chorion cytogène et du muscle voisin de nombreuses et volumineuses cellules : véritables cellules géantes qu'il est particulièrement intéressant de découvrir dans cette hétérotopie".

Dans un autre passage du compte rendu histologique, ils rapportent " ... enfin on doit souligner la présence, dans le chorion cytogène décidual de l'endométriome, de ces volumineuses cellules à cytoplasme très oxyphile, au noyau hypertrophique de contour irrégulier. Les noyaux sont souvent multiples et serrés les uns contre les autres. Ces cellules sont l'aboutissement de l'évolution très particulière des cellules déciduales et aussi des fibres musculaires. Leur présence dans la caduque compacte a fait l'objet de nombreuses discussions sur lesquelles il serait trop long de s'étendre; indiquons seulement qu'il semble impensable que de tels éléments soient de nature trophoblastique, la nidation ovulaire s'était effectuée dans le cas que nous étudions. dans la cavité utérine,ce qui permet de reconsidérer malgré les fines recherches cytologiques de Scharonn la nature exacte des cellules géantes de la caduque.

Précisons que ce phénomène à quelque importance comme on l'a dit souvent non seulement sur le plan théorique mais sur celui du diagnostic des proliférations trophoblastiques suspectes d'un oeuf pathologique".

E - PATHOGENIE

La pathogénie de l'endométriose iléale qui est d'ailleurs celle de l'endométriose en général reste encore obscure et soulève dans la littérature parfois d'âpres discussions.

De multiples théories ont été successivement présentées, les unes restant hypothétiques dépourvues d'arguments confirmatifs, les autres incapables d'expliquer toutes les formes et toutes les localisations de cette curieuse affection.

Reckling Haussen qui présenta en 1897 la théorie Wolfienne ou embryonnaire pensait que l'origine de l'endométriose était sous la dépendance d'éléments embryonnaires.

La théorie Müllerienne (Max Voigt 1898 et Kossman 1896-1897) ou celle qui fait des génitoblastes le point de départ de processus, ont été fondées dans la même optique (théories embryonnaires).

Ivanof en 1898, évoqua la possibilité d'un processus métaplasique du tissu de l'endothélium péritonéal qui a une origine commune avec les cellules mères de l'utérus : le coelume. Le péritoine donc serait capable de reprendre les propriétés évolutives de sa lignée et donner ici ou là des cellules endométriales.

En 1906, Sitzemsky supposait que le tissu endothélial lymphatique est à l'origine de ce processus métaplasique.

Actuellement, ces différentes théories embryonnaires ou métaplasiques ne représentent qu'un intérêt historique et on

essaye de situer l'origine de l'endométriose dans l'endomètre orthotopique, partant de cette idée, les théories suivantes sont émises :

a) la théorie diverticulaire de Cullen s'appliquant plutôt à l'endométriose utérine.

b) théorie de la greffe de Sampson 1921 ; les éléments endométriaux à point de départ de l'endomètre ou même un foyer endométriosique peuvent passer par les trois chemins suivants pour se localiser à un autre point quelconque de l'organisme et constituer de nouveaux foyers.

1) voie tubaire qui permet le passage du sang menstruel dans la cavité péritonéale réalisant ainsi la possible implantation des cellules de l'endomètre sur les organes et les tissus avoisinants.

2) voie sanguine, véritables métastases cellulaires, explique d'une façon plausible les localisations éloignées de la sphère génitale : membre, pelvis, poumons.

3) voie lymphatique (Hallion 1924) qui convient en particulier à l'endométriose du col utérin, de la vulve et de l'intestin et peut-être de l'ombilic.

Enfin en 1951 par ses expériences, Levendre démontra la possibilité d'une métaplasie endométriale non pas d'origine histologique mais plutôt chimique. Après avoir greffé un implant d'endomètre sous la peau d'une lapine, cet auteur remarque que le foyer endométrial développé plus tard à ce niveau ne se fait pas aux dépens du greffon très vite détruit, mais il s'agirait plutôt d'un phénomène d'induction dû à l'endomètre greffé et nécrosé, lequel secréterait une substance chimique génératrice de métaplasie (Chome 1959) enfin un terrain particulier peut-être hormonal, hyperfolliculinique prédispose les malades.

F - ETIOLOGIE ET FACTEURS FAVORISANTS

1/ AGE : Nova$_k$ et Woodruff en 1963 opposent l'endométriose utérine affection de la multipore âgée à l'endométriose extra génitale, maladie de la femme jeune stérile.

Les âges extrêmes de l'endométriose en général sont très éloignées les uns des autres puisqu'on a rapporté des cas où on l'a vu apparaître avant la puberté (Clark, Harbitz, Whithouse) et après la ménopause (34 ans après) (Williams et Kempers 1964 Culvez 1958).

Quant à l'endométriose digestive, les âges extrêmes se situent entre 27 et 55 ans (M. Fievez, J.M. Dehalleux et J.C. Mandard 1965). L'âge moyen varie suivant les auteurs 45 ans pour Feldman, 39 ans 1/2 pour Colcock.

L'endométriose de l'intestin grêle touche la femme encore plus jeune car les observations que nous avons étudiées dans cette thèse montrent l'âge minimum à 25 ans et l'âge maximum de 50 ans, jamais après la ménopause.

2/ RACE ET MILIEU SOCIAL

La plupart des auteurs estime que l'endométriose se voit en un pourcentage plus élevé :

- chez les noirs
- dans les sociétés ou le contrôle des naissances et l'allaitement artificiel sont plus appliqués.
- dans les couches plus favorisées de la même population.

Quant à l'endométriose iléale, le peu d'observations publiées à ce jour empêche toute conclusion à partir des données statistiques.

3/ LA STERILITE

La stérilité absolue ou relative se retrouvant respecti-

vement dans un pourcentage moyen de 37,7 % et 54,5 % des femmes atteintes de l'endométriose alors que dans une population normale la stérilité ne dépasse pas le chiffre de 10 %.

En ce qui concerne l'endométriose du grêle près de 60 % des malades sont stériles ou non mariées, le reste est représenté par des femmes avec un long passé de non gravidité, la multiparité a très rarement atteint la 3ème gestation.

4/ ASSOCIATION

La coexistence ou association de certaines affections gynécologiques avec l'endométriose de l'intestin grêle paraît fréquente,

- fibromes
- annexite (infectieuse ou inflammatoire)
- kyste de l'ovaire
- dysménorrhées
- métrorragies dues à une hyperplasie glandulokystique de l'endomètre.

II - CLINIQUE

-:-:-:-:-:-:-:-

A - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Puisque l'endométriose de l'intestin grêle se présente sous un aspect relativement variable, que sa rareté et non spécificité de sa symptomatologie rendent son diagnostic extrêmement difficile et délicat nous préférons étudier d'abord dans quelles circonstances cette maladie se démasque en les illustrant par nos observations (les trois premières) et celles empruntées de la littérature.

Etat occlusif ou subocclusif :

* OBSERVATION N° 1 : Mme A... Josette, âgée de 25 ans, mère d'un enfant a un passé gynécologique pratiquement normal se plaint depuis quatre mois de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, anorexie, sensation de gargouillements continuels.

Ce syndrome abdominal survenait par épisodes périodiques mensuels curieusement contemporains des règles durant 4 à 5 jours. Les traitements symptomatiques restent inefficaces, par ailleurs en dehors des crises, elle se portait parfaitement bien. Le 29.10.69, lors de recrudescence de ce syndrome subocclusif qui se complique de migraine et d'asthénie, elle fut hospitalisée dans un service de médecine où une cholécystographie montrait une vésicule normale et les voies biliaires parfaitement libres. Le lavement baryté en dehors d'une dolichocolie ne présente pas d'autre anomalie sinon une distension des dernières anses grêles avec un aspect normal de la dernière anse avait été remarquée.

---

* (Service du Pr. OLINIER - Hôtel Dieu Paris).

Le 6 novembre 1969, en raison d'exacerbation des douleurs et des vomissements avec un météorisme abdominal et arrêt des matières et des gaz qui évoquaient dans leur ensemble le syndrome de Koenig, la patiente fut transférée dans le service de chirurgie du Professeur Cl. Olivier (Hôtel Dieu Paris) où l'on conclue à une occlusion de l'intestin grêle sur brides faisant envisager une hémicolectomie droite.

L'intervention est pratiquée, en voici le compte rendu opératoire (Dr DEVIEN) : Médiane à cheval sur l'ombilic à 15 cm de la valvule de Bauhin, tumeur noirâtre sur le bord mésentérique à l'origine de l'occlusion à 10 cm en amont deuxième tumeur moins étendue, nombreux ganglions dans tout le mésentère, après avis du Professeur Olivier hémicolectomie droite iléo transversotomie termino latérale, il existe des ganglions dans le mésocolon - péritonisation soigneuse sur un drain de Redon, une lame dans la gouttière latéro-colique - fermeture plan par plan.

Compte rendu anatomopathologique : (J. Delarue)

Résection iléo colique pour tumeur occlusive du grêle et annexectomie droite - résection de 35 cms de grêle et de 18 cm de caecum ascendant, la dernière anse iléale à 8 cm de la valvule iléo-caecale est plicaturée sur une tumeur épaisse et blanchâtre, à l'ouverture la muqueuse comporte des valvules conniventes très accusées main ne présente aucune ulcération, le mésentère au contact est épaissi et parsemé de suffusions sanguines noirâtres. En plein centre de la tumeur s'observe - un hématome noirâtre qui évoque le diagnostic de l'endométriose.

Histologie :

1) Grêle et colon. Les coupes histologiques intéressant la tumeur montrent que celle-ci occupe le bord mésentérique de l'iléon et le mésentère voisin. C'est une masse musculaire lisse

véritable myome faisant corps avec la musculeuse intestinale, elle est occupée par de nombreux ilots d'endomètre dont les tubes contiennent un peu de sang, l'un d'eux particulièrement volumineux est creusé d'une cavité remplie de sang qui bordée d'endomètre réalise un véritable utérus en miniature, la muqueuse iléale refoulée par la masse est normale. Dans le mésentère se voit des suffusions sanguines et des ilots d'hémosidérine témoins des petites hémorragies anciennes. De part et d'autre de cette masse, l'iléon est normal, riche en plaques de Payer très développées, le caecum et le colon sont normaux.

2) Annexes. Ovaire de femme jeune riche en follicules immaturés et en voie de croissance. Deux follicules sont kystiques trompes normales, dans le méso-salpinx s'observe un petit foyer d'endométriose sous péritonéal.

Conclusion

Pas de tumeur maligne, la tumeur du grêle est un large foyer d'endométriose (endométriome) active avec hémorragies locales un autre foyer d'endométriose très petit occupe le méso-salpinx. Paris 13 Novembre 1969.

Syndrôme abdominal signe évocateur d'une appendicite

* OBSERVATION N° 2 : Mme B. Felicita âgée de 44 ans, mère de 3 enfants, bien réglée mais les règles étaient toujours précédées de douleurs à type de crampes de siège épigastrique. Cette femme avait subi une cure de hernie inguinale gauche à l'âge de 12 ans, était porteuse d'un goitre sans exophtalmie ni trouble cardiaque mais avec tremblements, amaigrissement, atteinte de Boulimie, diarrhées traitées médicalement (Néomercazon).

Le 16.6.69, elle présente des douleurs épigastriques progressivement installées, sans vomissements ni fièvre, ses dernières règles dataient de 15 jours. Le lendemain de l'installation de ces douleurs épigastriques, elle présente quelques vomissements liquidiens, puis on note un arrêt des matières et des gaz, symptomatologie tout à fait inhabituelle chez elle, cette malade n'ayant jamais présenté de troubles du transit.

Devant cette symptomatologie, son médecin traitant qui lui trouve une fosse iliaque droite sensible avec douleurs périombilicales pense à une appendicite aigue et l'envoie à l'hôpital. L'examen montre une apyrexie, les fosses iliaques douloureuses à prédominance gauche avec défense des droits. Le toucher vaginal trouve le cul-de-sac gauche empâté, rien n'est noté dans le cul-de-sac droit.

Malgré cette symptomatologie un peu inhabituelle, les chirurgiens concluent à une appendicite aigue et l'intervention est décidée d'urgence.

Compte rendu opératoire : Mac Burney : ascite; appendice normal, appendicectomie sans enfouissement, en déviant le grêle on trouve à 10 cm de la jonction iléo-caecale une masse; sur le grêle du volume d'une clémentine aucun diagnostic valable n'est envisagé par les opérateurs, adénite mésentérique notable,

---

* (Service du Pr. OLINIER - Hôtel Dieu Paris).

annexes normales à droite, résection segmentaire du grêle, la suture étant située à un travers de doigt du caecum, les deux tranches saignent bien mais leurs parois sont très oedématiées - prélèvement d'ascite pour examen bactériologique - fermeture plan par plan sans drainage - recherche des germes dans l'épanchement péritonéal reste négatif.

La numération des globules sanguins en pré-opératoire avait montré une hyperleucocytose de 14.300 globules blancs qui deux jours après l'intervention retombent à la normale (6.700 G.B.).

Compte rendu anatomo-pathologique

Segment d'iléon : la pièce de résection iléale comprend deux anses plicaturées et presque soudées par leur bord mésentérique sur une petite tumeur pariétale de 1 cm à 1,5 cm de diamètre soulevant la muqueuse qui est normale et non ulcérée. Dans cette région, la sous séreuse apparait un peu épaisse, le mésentère voisin est normal en amont de la tumeur l'intestin est distendu.

Appendice : macroscopiquement normal (6 cm de long) Grâce à l'absence d'ouverture de la pièce avant fixation, une étude histologique a été faite dans de bonnes conditions. La tumeur est une tumeur murale coiffée d'une muqueuse iléale parfaitement normale. Elle est représentée par une importante hyperplasie musculaire formant un véritable myome localisé qui intéresse les deux tuniques musculaires et les confond. Les faisceaux musculaires englobent des tubes épithéliaux sertis de chorion cytogène, un assez large ilot d'endomètre se trouve réalisé en un point ; on peut préciser qu'il est de type folliculino-lutéinique intermédiaire, mais sans suffusions sanguines traduisant des phénomènes de "menstruation".

Il s'agit en somme d'un foyer circonscrit d'endomé-

triose iléale, véritable endométriose du grêle, le mésentère est normal, l'intestin d'amont est distendu mais normal, l'appendice est normal, pas le moindre signe de tumeur maligne.
24 Juin 1969. J. DELARUE.

Tableau évocateur d'une tuberculose intestinale

* OBSERVATION N° 3 : Mme M. Marie, âgée de 50 ans, le 6 mars 1970 présente une infection bronchique qui se complique de douleurs abdominales localisées aux deux fosses iliaques avec ballonnement important de l'abdomen sans arrêt des matières et des gaz. Au lavement baryté pratiqué au cours de son séjour à la clinique chirurgicale on note une image suspecte de tuberculose iléo-caecale.

Notre malade avait des règles douloureuses à partir de l'âge de 17 ans qui deviennent indolores à l'âge de 25 ans, date de sa première grossesse laquelle s'était déroulée dans des conditions parfaitement normales, par contre, les trois grossesses suivantes aboutissent à des fausses couches spontanées suivies de révisions utérines.

Cette femme qui est une colopathe connue présente des périodes de constipation et de diarrhées alternatives, impossible à préciser si ces troubles digestifs étaient contemporains des règles. Son passé chirurgical est relativement chargé :

- Mal de Pott découvert à l'âge de 20 ans et opéré 14 ans plus tard.

- Appendicectomie à l'âge de 35 ans.

- Hystérectomie totale à la suite des métrorragies à l'âge de 38 ans.

---

* (Cas personnel du Dr G. Marty).

En résumé chez cette femme traitée pour un Mal de Pott avec greffe vertébrale, apparition d'un syndrome douloureux abdominal avec au lavement baryté une image suspecte de tuberculose iléo-caecale. Son chirurgien Dr G. Marty conclue à une bacillose intestinale.

L'intervention se déroule le 27 mars 1970, après une couverture pré opératoire de streptomycine, dont le compte rendu opératoire est le suivant : laparotomie médiane sous ombilicale (reprise de l'ancienne cicatrice de l'hystérectomie). Il n'existe pas de lésion évidente de tuberculose intestinale ou iléo caecale, pas de gâteaux péritonéaux.

Le caecum est cependant un peu plus épais que d'habitude, le foie, la vésicule biliaire, le pancréas sont normaux. Par contre, en déroulant le grêle on trouve à environ 1 cm de la fin de l'iléon, une tuméfaction dure, pariétale de la grosseur d'un pois chiche. Résection intestinale qu'on envoie à l'histologie - on libère quelques adhérences de l'épiploon très gras avec la paroi. Fermeture pariétale en 3 plans sans drainage.

Histio diagnostic : N° 42 847

Paroi intestinale : le fragment remis à l'examen comporte en bordure de la cavité intestinale un revêtement épithélial glandulaire très richement papillaire, régulier. La sous-muqueuse est épaissie et scléreuse, dans le tissu sous-jacent on remarque au niveau du tissu musculaire lisse des inclusions tubulées bordées par un épithélium cylindrique de type cilié entouré par une mince lame d'un tissu de type cytogène, ces caractères sont ceux d'un nodule d'endométriose où le revêtement épithélial ne présente aucun caractère suspect. Il s'agit ici

d'une endométriose de la paroi intestinale sans aucun élément de malignité. Le 31 Mars 1970.

Nos trois observations dont les deux premières ont été recueillies dans le service du Professeur Cl. Olivier (Hôtel Dieu Paris) et la troisième qui représente un cas personnel du Docteur G. Marty sont très intéressantes dans la mesure où la première constitue un cas typique de l'endométriose du grêle dans sa phase terminale, la deuxième une étape évolutive à un stade moins avancé, enfin la troisième représente un cas très particulier et rarissime de cette maladie, cependant elles ne constituent pas toutes les circonstances de découverte de cette affection et nous avons jugé utile de prendre dans la littérature quelques exemples pour démontrer le polymorphisme clinique de cette localisation aberrante du tissu endométrial : c'est à cet effet que nous rapportons les 5 observations suivantes :

OBSERVATION N° 1 (L. Michon, Cl. Olivier, Presse Médicale 1946).

Madame CH..., âgée de 41 ans souffrait de l'abdomen depuis la veille au soir. Elle avait ressenti des coliques d'abord légères bientôt plus violentes n'aboutissant à aucune émission anale.

Chez cette femme, fatiguée de nombreux vomissements, pâle, déshydratée, en mauvais état général, on notait un météorisme abdominal sous lequel se dessinaient quelques ondulations péristaltiques. La radiographie de l'abdomen sans préparation à cause du nombre et de l'aspect des niveaux liquides évoquait un obstacle de la fin du grêle d'autant plus qu'un lavement baryté montrait la non responsabilité du cadre colique dans le syndrome occlusif.

En interrogeant la malade, on apprenait que la crise avait débuté au 2ème jour de ses règles normales. Dans ses antécédents : de longs prodromes d'entérites sanglantes depuis plus de quinze ans l'avait précédée joints à la maigreur de la patiente. Ils faisaient soupçonner la tuberculose intestinale dont l'examen abdominal ou pulmonaire ne révélait, il est vrai, aucun symptôme décisif.

L'intervention a lieu le 6 Août à 20 h. par incision médiane sous ombilicale avec le diagnostic de sténose iléale, le jéjuno-iléon était modérément distendu, l'obstacle fut aisément trouvé à quelques centimètres du caecum, bosselant le tube intestinal sans modifier la séreuse. A cause de la médiocrité de l'état général nous nous contentâmes d'une simple iléostomie. La convalescence fut sans incident, le cours des matières se rétablit rapidement.

Après 15 jours, nous pouvions demander un examen radiologique plus détaillé, le liquide opaque pénétrait jusqu'au caecum mais il dessinait à la jonction recto-sigmoïdienne un rétrécissement peu serré revêtu de plis muqueux bien conservés en amont le calibre du colon pelvien était normal.

Le 25 Août 1943 par incision médiane, nous pratiquons une nouvelle laparotomie, le haut rectum semblait surtout comprimé par quelques brides aisément libérées, sa paroi à peine un peu épaisse, les ovaires étaient d'aspect normal. Comme la patiente jadis avait gardé le lit pour une crise de salpyngite aigue, nous pensâmes avoir à faire à quelques reliquats inflammatoires et pratiquâmes une résection de la fin du grêle suivie d'iléo transversostomie.

Les suites furent banales et la malade sortait guérie 15 jours plus tard.

Peu avant, nous avions appris de notre ami G. Alliot qu'il n'y avait sur l'intestin grêle ni B.K., ni néoplasme mais une endométriose typique, particularité clinique que nous avions pu ne pas apprécier à leur juste valeur. Nous examinâmes d'abord les signes intestinaux : la malade racontait une ancienne histoire d'entérite sans que celle-ci eût jamais paru être l'épisode ultime et répété de poussées occlusives. Le début s'était fait à l'occasion d'un long séjour à l'étranger, d'autres membres de la famille avaient été simultanément atteints toutefois chez elle seule, la diarrhée avait persisté présentant de temps à autre quelques exacerbations peut-être de préférence menstruelle ; plus intéressant était sans doute l'apparition des accidents acquis du 2° jour des règles une telle chronologie aurait valu de retenir sérieusement l'attention.

L'invagination intestinale avec tout son cortège symptomatologique peut venir révéler la maladie.

OBSERVATION N° 2 (Cuningham et K. Smith de Sydnez en 1948)

Mme X... âgée de 37 ans souffrait périodiquement en même temps que ses règles depuis plusieurs mois d'une vive douleur abdominale dont l'intensité de la dernière crise faisait évoquer le diagnostic de torsion d'un kyste ovarien; mais la réalité se dévoile sur la table opératoire sous forme d'une invagination iléo-caeco-colique absolument irréductible nécessitant une résection intestinale et une anastomose iléo-colique pour rétablir la continuité de l'intestin.

L'examen de la pièce montre que l'intussusception a débuté au niveau d'une petite lésion de la paroi du grêle qui n'est autre qu'une endométriose confirmée par l'examen anatomo pathologique.

OBSERVATION N° 3 (Coote en 1947) rapporte un cas personnel, c'est une femme de 42 ans, mariée depuis quatre ans, sans enfant, qui se plaignait depuis un an de dysménorrhées. Les douleurs vont croissantes. L'auteur découvre un myome utérin intramural; à droite des noyaux d'endométriose sur le ligament rond et sur la trompe, deux foyers d'endométriose sur le grêle à 4 cm l'un de l'autre, entrainant un rétrécissement assez marqué de la lumière intestinale; l'aspect des lésions est celui d'un squirrhe, il fait une castration à droite du côté des lésions annexielles et une résection intestinale suivie d'anastomose termino terminale, les suites opératoires sont normales; la malade eut ultérieurement une grossesse.

OBSERVATION N° 4 (A. Sibilly, M. Lambert, J. Masson, J.M. DEHALLEUX 1968). Mme Q. mariée âgée de 29 ans est admise en 1957 pour des douleurs de la fosse iliaque droite mises sur le compte d'un kyste de l'ovaire droit de la taille d'un melon. Le transit est parfaitement normal, les antécédents pathologiques sont chargés : appendicectomie en 1948, plicature des ligaments ronds et cloisonnement du Douglas pour dysménorrhées sévères avec varicocèle bilatérale en 1950, curetage pour ménorragies en rapport avec une hyperplasie glandulokystique de l'endomètre en 1954 et enfin en 1955 hystérectomie subtotale et annexectomie gauche pour ménorragies persistantes et douleurs pelviennes rebelles aux androgènes, à cette occasion on découvre une endométriose utérine.

A l'occasion de l'intervention du 8.6.57 justifiée par l'existence d'un volumineux kyste ovarien droit, on constate une endométriose de l'intestin grêle adhérente fortement à la tumeur ovarienne. L'annexectomie droite est en conséquence associée à une résection de 30 cm de l'intestin grêle, avec anastomose termino terminale. Il n'y avait pas trace d'endométriose tubaire ou ovarienne sur la pièce opératoire.

OBSERVATION N° 5 (1937 M. Keller et Folie). Les auteurs découvrent chez une femme de 38 ans, une localisation de l'endométriose au niveau du grêle alors qu'ils prenaient la masse perçue au toucher vaginal pour un kyste ovarien. Elle fut admise à la maternité pour douleur pelvienne. Il s'agit d'une femme sans antécédents bien particuliers, ses règles sont régulières, peu abondantes très douloureuses et s'accompagnent pendant deux jours de vomissements. Elle avait mené deux grossesses à terme en 1924 et 1928 bien que les deux accouchements se soient déroulés sans incidents, le premier a eu des suites mouvementées avec, au dire de la malade, elle avait présenté une température oscillante autour de 40° pendant 8 semaines, ces particularités méritent d'être relevées étant donné que c'est à son premier accouchement que la femme fait remonter ses plaintes.

En effet, depuis 1914, elle accuse des douleurs périodiques assez faibles dans la fosse iliaque droite. Depuis un an ces douleurs deviennent très fortes pendant les époques menstruelles, peu intenses entre celles-ci. Elles siègent dans la fosse iliaque droite et irradiant vers l'ombilic et l'épigastre; les selles sont régulières. L'examen général de la femme ne présente aucune particularité : bon état général, abdomen souple, indolore, mais l'examen gynécologique au contraire parait nous donner d'emblée l'étiologie des plaintes. Le col est fermé, l'utérus légèrement arrondi en antiflexion semble avoir une mobilité réduite. La région annexielle gauche est libre mais à droite partant de la corne utérine on sent une tumeur arrondie, kystique, évaluée de 7 cm sur 6, fixée à sa base à la paroi pelvienne et très sensible au toucher.

Quelques jours plus tard, nous intervenons chez cette malade avec le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire droit.

Protocole opératoire : Laparotomie médiane sous ombilicale, protection de la grande cavité, l'utérus est agrandi, les trompes sont normales des deux côtés, les ovaires un peu gros sont légèrement fixés à la paroi pelvienne, on constate qu'il ne s'agit pas d'une tumeur génitale mais qu'il existe une tumeur iléo-caecale recouverte d'épiploon. Après la résection d'une partie adhérente de l'épiploon, on constate que la tumeur de la taille d'une orange est en majeure partie formée par l'iléon et d'autre part par le caecum. Dans le mésentère, on palpe plusieurs ganglions de volume peu important.

Après libération de quelques adhérences, la tumeur parait bien mobile, on pratique une iléo transversotomie latéro-latérale avec résection iléo-caecale sans pouvoir identifier la tumeur. Fermeture pariétale de la paroi après drainage du lit.

Les suites sont marquées de quelques incidents : un premier abcès de rétention, une embolie pulmonaire, un second abcès de rétention avec fistule stercorale qui guérit spontanément.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une endométriose intestinale dont les glandes présentent une sécrétion assez prononcée de sorte qu'elles se rapprochent de l'aspect des glandes à la phase prémenstruelle, pas de signes de malignité ni de signes inflammatoires.

5 ans après l'intervention la femme est réadmise au service de gynécologie de la maternité, son état général est excellent mais depuis 5 mois elle accuse des douleurs périodiques au haut de la cicatrice abdominale. Les douleurs commencent un jour avant l'apparition des règles et durent trois jours. En examinant la malade, on constate au haut de la cicatrice une hernie sous ombilicale constituée par une tuméfaction

de la taille d'une noix renfermant de petites masses kystiques, la tumeur est irréductible et douloureuse à la palpation. L'anamnèse permet de poser sans difficulté le diagnostic d'endométriose dans la hernie cicatricielle. Ce diagnostic est confirmé par l'examen histologique.

B - SYMPTOMATOLOGIE ET DISCUSSION

La symptomatologie de cette affection est parfois latente on la découvre au cours d'une laparotomie à visée gynécologique (A. Sibilly, M. Lampert, J.C. Masson, J.M. Dehalleux, Semaine des Hôpitaux Paris 1968).

Le plus souvent, elle se manifeste par des phénomènes essentiellement digestifs, représentant des poussées évolutives sans aucune spécificité toutefois, comme nous le verrons plus tard un interrogatoire minutieux, souvent négligé, sur l'allure évolutive de la maladie et surtout son rapport avec la vie génitale de la femme représente une étape capitale dans la recherche du diagnostic et doit permettre de soupçonner l'endométriose dont la certitude sera apportée grâce à l'examen histologique de la pièce opératoire.

Signes généraux : Sauf en cas d'un accident aigue, il n'y a pas d'atteinte de l'état général, l'appétit est normal, pas d'amaigrissement (sauf dans le cas de M. André Mazengarhe, la malade avait maigri de 20 kg en quelques mois), ni d'anémie, la température reste normale.

Ces précisions négatives sont utiles, car il persiste souvent un certain doute sur la nature bénigne des lésions même à l'aspect macroscopique.

Signes digestifs : Ces malades souffrent rarement des douleurs pelviennes (M Keller et Fobe 1937) mais le plus souvent, elles accusent des douleurs à la fosse iliaque droite irradiant parfois vers l'ombilic ou l'épigastre, tantôt c'est une douleur à prédominance haute et droite ou franchement épigastrique à type de crampes. Au début ces douleurs sont de type de pesanteur qui de plus en plus s'intensifient, deviennent plus violentes au fur et à mesure que les poussées se multiplient, prenant enfin l'aspect des coliques intestinales vives. A un stade peu évolué, les douleurs sont localisées à la fosse iliaque droite, les autres troubles digestifs sont moins marqués et amènent le chirurgien à poser le diagnostic de l'appendicite aigue ou chronique dont l'intervention révèle la nature exacte de la maladie.

Les stades ultérieurs sont marqués par un syndrome sub-occlusif ou d'occlusion aigue intestinale basse. Ainsi aux douleurs abdominales s'ajoutent des constipations ou une accentuation de celle-ci chez les sujets constipés d'habitude, météorisme, des nausées, vomissements, difficulté d'émission des matières et des gaz et parfois on peut percevoir les ondulations péristaltiques à travers la paroi abdominale dans la région sous ombilicale qui luttent contre l'obstacle et évoquent le syndrome de Koenig, soulagés par une débacle des matières et des gaz. Cet aspect de la maladie se rencontre plus fréquemment et déclenche l'intervention chirurgicale.

Enfin dans un dernier stade, l'occlusion aigue par sténose se manifeste cliniquement par :

- douleurs abdominales
- météorisme important de l'abdomen
- arrêt des matières et des gaz

- nausées et vomissements glaireux alimentaires ou biliaires pouvant entraîner la déshydratation et détérioration de l'état général de la patiente.

Radiologiquement, par l'existence d'images hydro-aériques en tuyaux d'orgue et l'intégrité du cadre colique au lavement baryté.

L'invagination intestinale avec tout son cortège clinique et toute sa gravité peut également constituer ce stade ultime, il en existe deux cas publiés dont nous avons donné un exemple plus haut.

L'examen clinique montre l'absence de masse à la palpation de l'abdomen.

Les touchers vaginal et rectal, sont le plus souvent négatifs, M. Keller et Folie lors de cet examen sentirent chez leur malade, à droite partant de la corne utérine une tumeur arrondie kystique évaluée de 7 cm sur 6, fixée à sa base et à la partie pelvienne très sensible au toucher.

Les autres troubles digestifs sont rarement signalés. Seul dans le cas de L. Michon et Cl. Olivier leur malade présentait des selles sanglantes.

Le fait qui à nos yeux nous paraît très important pour mener à bien le diagnostic, consiste à rechercher avec minutie la constitution du syndrome digestif en apparence par rapport à la vie génitale de la femme :

1) <u>L'âge</u> : L'âge des malades (exceptées les malades de H. Payan, A. Mongès et de Calvet J.P., Colle et de Marty G.) qui avaient respectivement 50, 48 et 50 ans), varie de 25 à 45 ans, c'est à dire l'âge où la femme est réglée.

2) La stérilité se rencontre dans près de 60 % des cas. Dans les autres cas, la multiparité a très rarement atteint la 3° gestation.

3) La périodicité des troubles digestifs en particulier les douleurs quelqu'en soit le type, abdominales ou pelviennes, isolées ou accompagnées d'autres troubles digestifs, s'observent dans 60 % des observations publiées, rythmées nettement par les règles; 15 % des malades souffraient des douleurs qui survenaient irrégulièrement mais toujours contemporaines des règles. Ce passé de souffrances de plusieurs mois voire de quelques années est particulièrement significatif et mérite d'être décelé par un interrogatoire très attentif.

Les douleurs, les troubles digestifs se reproduisent ou s'exagèrent au moment des périodes cataméniales parfois 1 ou 2 jours avant et disparaissent avec les règles ou 1-2 jours plus tard.

Entre les périodes menstruelles, les malades ne souffrent absolument pas, ou au moins il existe une amélioration et un soulagement remarquable, par contre les symptômes s'aggravent aux règles successives et peuvent aboutir à l'état occlusif ou subocclusif du grêle nécessitant l'intervention en urgence.

III - FORMES CLINIQUES

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Schématiquement on peut distinguer :

A) Formes symptomatiques

1 - Forme latente découverte au cours d'une laparotomie.

2 - Formes simulant un syndrome appendiculaire aigue ou chronique de diagnostic évidemment très difficile.

3 - Formes avec symptomatologie occlusive de type d'occlusion de l'intestin grêle : douleurs abdominales, météorisme, arrêt des gaz et des matières, vomissement, nombreux niveaux liquides à la radiographie de l'abdomen sans préparation, intégrité du colon au lavement baryté.

4 - Forme réalisant le tableau clinique d'une invagination intestinale.

5 - Forme à manifestations dysménorrhéiques.

B) Formes associées

- Soit à une autre localisation endométriale ; ombilicale, à la cloison rectovaginale, annexielle, appendiculaire, péritonéale, utérine etc., élément de valeur pour le diagnostic de l'endométriose intestinale.

- soit à une affection gynécologique, fibrome utérin, kyste de l'ovaire, ménorragie en rapport d'une hyperplastie glandulo kystique de l'endomètre, ovarité sclérokystique.

IV - E V O L U T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'endométriose de l'intestin grêle semble rester longtemps latente sans aucune manifestation clinique ou bien les troubles sont si légers qui ne peuvent pas être rattachés à leur cause. Nous pensons que la symptomatologie devient manifeste au moment où les lésions gênent le transit intestinal partant de cette notion que les foyers endométriaux quelqu'en soit la localisation sont volontiers extensifs par poussées successives au moment des règles sous la dépendance des hormones génitales et qu'une fois la ménopause atteinte les foyers de l'endométriose perdent leur caractère évolutif et présentent une tendance à régresser; il est possible même que certaines localisations intestinales de l'endométriose se trouvent dans les conditions telle qu'elles puissent rester toujours muettes.

Parfois l'évolution est enrayée lors d'une poussée évolutive simulant une appendicite aigue ou chronique par une intervention chirurgicale.

Dans la majorité des cas, l'évolution se poursuit pendant des mois ou des années en s'aggravant progressivement par poussées aboutissant à une occlusion aigue ou subaigue de l'intestin grêle.

V - COMPLICATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Que dire quant aux complications de cette maladie :

- Occlusion intestinale aigue qui en réalité constitue la phase ultime de son évolution.

- Récidive.

- Dégénérescence néoplasique de même que l'endomètre orthotopique.

Etant donné le manque d'observation, il ne nous est pas permis d'en faire un bilan plus développé et plus précis.

VI - D I A G N O S T I C

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'endométriose de l'intestin grêle est une affection de diagnostic très difficile.

La difficulté résulte d'une part de la rareté de cette ectopie endométriale et d'autre part de ses manifestations peu caractéristiques.

Dans tous les cas que nous avons étudiés, le diagnostic n'a jamais été posé avant l'intervention, cette dernière s'imposait parfois le plus souvent d'urgence devant un syndrome occlusif subocclusif ou appendiculaire, parfois motivée par une cause gynécologique, ou une simple laparotomie exploratrice.

Cependant l'endométriose de l'intestin grêle doit être évoquée cliniquement chez une femme jeune âgée de 25-45 ans en pleine période d'activité génitale, stérile ou ayant un long passé de non gravidité pouvant présenter comme antécédents pathologiques :

des dysménorrhées

- un syndrome hyperfolliculinique : ménorragies, hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre.

- porteuse d'une endométriose génirale ou non génitale connue.

- porteuse d'une tumeur génitale : kyste ovarien, fibrome utérin.

- ayant subi une ou plusieurs interventions chirurgicales sur la sphère génitale.

Cette femme chez qui l'état général reste satisfaisant vient consulter presque toujours pour un syndrome abdominal qui n'a rien de spécifique, comme nous l'avons déjà remarqué.

Il peut s'agir le plus souvent d'un syndrome occlusif ou subocclusif, parfois d'un syndrome appendiculaire et enfin des douleurs type dysménorrhéique, ou franchement abdominales accompagnées de constipation et d'autres troubles digestifs.

Les examens biologiques ne montrent aucune particularité pathologique.

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut être négatif ou par contre montrer la présence de nombreux niveaux liquides en tuyaux d'orgue.

Le lavement baryté montre un cadre colique normal.

Le transit intestinal de la baryte peut montrer dans certains cas l'existence d'une tumeur sur la dernière anse grêle avec tous ses caractères de bénignité (Cottier, H. Fortschr., Roentgensh 1953).

Malgré tout un interrogatoire minutieux nous parait capital pour orienter le diagnostic.

Il révèle que les troubles digestifs surviennent ou s'exacerbent par poussées, curieusement contemporaines des règles.

En dehors des périodes menstruelles, les symptômes disparaissent ou au moins il se produit un soulagement important.

C'est cette périodicité catéméniale des douleurs abdominales qui ont une intensité croissante d'une menstruation à l'autre doit faire penser à l'endométriose de l'intestin grêle.

Au cours de l'intervention : les lésions se présentent au niveau de l'iléon terminal comme une virole sténosante assez serrée développé dans la paroi même de l'intestin, d'aspect blanchâtre, de consistance dure rétractant les segments sus et sous jacents.

Elle est souvent unique mais peut être multiple.

On constate au niveau du mésentère sous jacent une zone de mésentérite rétractile inconstamment des petits ganglions de type inflammatoire.

Le diagnostic de l'endométriose intestinale sera évoqué devant :

1) l'intégrité de la muqueuse intestinale

2) l'aspect très particulier des lésions en kyste goudron ou chocolat localisées soit au niveau de l'intestin soit sur les autres organes abdominaux pelviens.

3) la coexistence de petites taches bleuâtres ou cicatricielles sur le péritoine.

4) l'association d'une tumeur génitale : kyste ovarien, fibrome utérin, tumeur annexielle.

De toute façon, le diagnostic de certitude reste en dernier lieu à l'anatomo pathologiste qui constate la présence du tissu endométrial sur les coupes histologiques comportant :

a) les tubes glandulaires contenant souvent du vieux sang, isolés ou groupés en petits ilots bordés d'une seule couche de cellules épithéliales cylindriques, hautes ciliées ou non.

b) ces formations sont entourées d'un chorion cytogène.

c) au niveau de l'intestin grêle un important développement de fibres musculaires lisses.

Tous ces éléments dont le groupement est si caractéristique siègent dans la sous-séreuse sans affraction de la muqueuse ni de la séreuse de l'intestin.

Quant au diagnostic différentiel, on peut discuter :

- une appendicite aigue ou chronique
- une occlusion intestinale d'une autre nature
- une tuberculose intestinale
- une torsion d'un kyste ovarien
- une dysménorrhée

En fait, dans tous les cas, la rythmicité des phénomènes pathologiques calquées sur les cycles menstruels constatée à l'interrogatoire, l'existence d'une endométriose dans la présence ou le passé de la malade, sont des éléments qui plaident la nature endométriale de l'affection.

VII - T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous envisageons ici très brièvement les différents procédés du traitement de l'endométriose en général puis nous essayerons d'étudier l'attitude thérapeutique actuelle vis à vis de l'endométriose de l'intestin grêle.

1° - TRAITEMENT MEDICAL

Il comporte d'une part les médications symptomatiques pour soulager la malade (antispasmodiques, analgésiques) et des gestes palliatifs luttant contre les effets nocifs des troubles digestifs (aspiration duodénale, apport du liquide et des électrolytes), d'autre part des médications à visée curative basées essentiellement sur les hormones sexuelles :

a) les androgènes, inaugurés par Moulonguet possédant un effet atrophiant direct au niveau du foyer endométrial et indirect en inhibant la sécrétion de F.S.H. hypophysaire. Bien entendu nous ne saurions trop insister sur les effets secondaires, en particulier virilisants de cette thérapeutique au cours long.

La testostérone est employée sous des formes diverses et à posologie variable.

- solution huileuse retard
- suspension microcristallisée souvent douloureuse
- pellets à la dose de 150 - 300 mg par mois pour les hormones virilisantes et 200 à 600 pour les hormones "non virilisantes" (Capetown 1950) préconisa le méthyl testostérone per os à la dose de 10 mg par jour pendant 2 mois.

b) Progestatifs

La progestérone parait utile surtout si les dosages hormonaux révèlent une insuffisance du prégnandiol (Cottes et Mathieu Hoffman). La posologie habituelle sous forme de solution huileuse retard varie de 60 à 125 mg.

c) Oestrogène

Bien que son emploi parait paradoxal à forte dose par blocage hypophysaire, il provoque une aménorrhée transitoire favorable à une mise au repos des foyers endométriaux (Karnacky, Hurxthal) mais la plus récente méthode de thérapeutique consiste à réaliser par une association oestrogène-progestérone, un état de pseudogestation donc une anovulation provoquée persistant pendant une durée de 5 à 9 mois. Cette médication qui permettait une amélioration des lésions tout au moins pendant la durée du traitement nécessite d'observer une chronologie particulière dans la prescription des médicaments, Kislner propose :

oestradiol en intra musculaire à la dose de 10 mg par semaine pendant deux semaines puis d'augmenter de 5 mg toutes les deux semaines jusqu'à 35 mg par semaine à la 12ème semaine.

Hydroxyprogestérone intra musculaire 65 mg/semaine (2 semaines) puis 125 mg 3ème et 4ème semaines, 187 mg 5ème et 6ème semaines, 250 mg 7ème et 8ème semaines, 375 mg 9ème et 10ème semaines, 500 mg 11ème et 12ème semaines.

Plus pratiqués encore sont les oestroprogestatifs actifs par voie orale comme Métrulène qui contient :

diacétate d'Etynodiol 2 mg, Mestranol 0, 1 mg par comprimé. On en prescrit deux comprimés par jour sans inter-

ruption et ceci au long cours (Gorins) ou on commence par un comprimé par jour en augmentant progressivement la posologie pour arriver à 2 comprimés par jour ceci à maintenir 6 à 9 mois.

2° - TRAITEMENT PHYSIOTHERAPIQUE

Après avoir éliminé les affections gynécologiques susceptibles de réagir facheusement aux rayons comme cancer ou tuberculose, on emploie 100 à 150 r en deux ou plusieurs champs non pas au niveau de la tumeur mais au niveau des ovaires qui par ses hormones sont la source de stimulation des foyers endométriaux.

En réalité, cette Roëntgénothérapie à dose modérée a pour effet au bout de 4-8 semaines après une phase d'exacerbation passagère, des succès incontestables tout en conservant une fonction ovarienne normale chez ces femmes jeunes. En cas de persistance ou récidive, on peut envisager une nouvelle série.

3° - TRAITEMENT CHIRURGICAL

Ce traitement qui vise à supprimer les foyers d'endométriose par exérèse sera suivi ou non d'un traitement médical suivant qu'il s'accompagne ou non d'une castration.

L'attitude thérapeutique actuelle vis à vis de l'endométriose de l'intestin grêle : Le traitement radical de l'endométriose de l'intestin grêle ne peut être que chirurgical car une laparotomie est presque toujours réalisée soit de nécessité devant le tableau d'une occlusion intestinale (45 % des cas) soit pour confirmer le diagnostic grâce à la biopsie extempo-

ranée; il est donc bien raisonnable de réséquer la zone tumorale de l'intestin et éventuellement les autres localisations, si toutefois elles se prêtent à un tel geste, reste le problème de la prévention d'éventuelles récidives et le traitement des lésions restées en place, là trois possibilités s'offrent :

1° Castration chirurgicale
2° Irradiation des ovaires par les rayons X
3° Le traitement hormonal.

Très schématiquement ou bien il s'agit d'une femme ayant encore le désir de maternité, ce qui est le cas souvent, possédant des ovaires en parfait état, sans localisation diffuse de l'endométriose, c'est évidemment l'indication indiscutable d'une simple résection intestinale suivie du traitement aux progestatifs pendant au moins 9 mois. Rarement il s'agit d'une femme en période préménopausique qui présente des ovaires plus ou moins sclérokystiques chez qui on trouve d'autres localisations de l'endométriose ou une autre affection gynécologique comme fibromyome utérin par exemple, ici une castration chirurgicale est indiquée. Entre ces deux extrêmes, se situent tous les autres qui nécessitent une grande réflexion de la part du thérapeute avant tout acte chirurgical au niveau des ovaires.

Au total :

1) le traitement de l'endométriose de l'intestin grêle ne peut être que chirurgical, résection de la portion atteinte de l'iléon.

2) chez les sujets jeunes, il faut être conservateur au maximum et respecter l'intégrité de la sphère génitale.

3) chez une femme à quelques années de sa ménopause, on réalise une castration chirurgicale.

4) dans tous les cas où la castration chirurgicale n'a pas été réalisée un traitement systématique aux progestatifs de synthèse est indispensable, la Roëntgenthérapie des ovaires n'ayant actuellement plus que des indications d'exception.

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

La localisation des foyers d'endométriose au niveau de l'intestin grêle malgré l'examen histologique systématique des pièces opératoires reste toujours une affection rare.

Elle représente en effet de 0; 2 à 1/3 des cas dans l'ensemble des statistiques (VARANGOT 1965).

Bien que les lésions par leur nature endométriale paraissent susceptibles d'intéresser les gynécologues, la quasi totalité des cas a été découverte dans les services de chirurgie générale.

Cette ectopie du tissu endométrial ne siège que sur la dernière anse iléale, en général, de 10 à 50 cm de la valvule de Bauhin, jamais au-delà de 60 cm en amont de cette valvule.

Le diagnostic est cliniquement très difficile, pour y penser il ne faut jamais négliger la partie essentielle; l'interrogatoire. L'on apparend en effet, qu'il s'agit d'une femme jeune, âgée de 25 à 45 ans, en pleine période d'activité génitale, non mariée, stérile ou ayant un long passé de non gravidité qui souffre depuis longtemps de douleurs abdominales et de troubles digestifs dont les caractères essentiels sont d'être rythmés par les périodes cataméniales, en s'aggravant d'une menstruation à l'autre, qui un jour ou l'autre présente un syndrome appendiculaire, subocclusif ou occlusif représentant probablement les stades évolutifs de la maladie.

Si en effet parfois on peut soupçonner la maladie, sur les caractères macroscopiques des lésions, (tumeur avec

l'aspect en kyste goudron, chocolat, respect de la muqueuse et de la séreuse intestinales, petites taches blanchâtres ou cicatricielles disséminées sur le péritoine ou sur les autres organes abdomino-pelviens; association à d'autres localisations d'endométriose), parfois au contraire, il est même difficile d'affirmer leur bénignité, car l'endométriose du grêle se présente macroscopiquement comme une virole sténosante dont on évoque avant tout la nature néoplasique, d'autant plus que l'exploration de l'abdomen et l'examen de la pièce opératoire peuvent mettre en évidence des adhérences plus ou moins étendues; la présence de ganglions mésentériques et une effraction de la muqueuse c'est dire la prudence à observer avant tout acte chirurgical et la nécessité d'avoir la possibilité de pratiquer un examen histologique extemporané.

Du point de vue thérapeutique, il est bien illusoire de vouloir traiter médicalement une lésion tumorale sténosante du grêle et le seul traitement logique et valable reste l'exérèse chirurgicale de l'anse atteinte.

Il en est autrement des récidives et parfois des foyers très diffus non extirpables pour lesquels la multiplicité des traitements préconisés montre la complexité du problème.

Il semble actuellement que l'on puisse proposer la castration quand elle est justifiée et surtout la médication au long cours par des progrès progestatifs de synthèse qui met en second plan la radiothérapie des ovaires classiquement préconisée.

Enfin, on peut se demander dans quelle mesure l'emploi des progestatifs de synthèse utilisés dans un but anticonceptionnel ne va pas diminuer la fréquence de cette affection et celle de l'endométriose en général ?

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur OLIVIER

VU, le Doyen,

M. le Professeur MILLIEZ

VU, le Recteur,

M. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

ARONSSON A. - Cas d'implantation endométriale sur le petit intestin et à l'ombilic.
Acta Chi. Scand. 1940, 84, 43-54.

BOSE A. et DAVSON J. - Endo du grêle.
Brit. J. Surg. Fev. 1969.

BOLES R.S. et HODES P.J. - Endo du petit et du gros intestin.
Gastro enterology 1958, 34, 367-380.

CALVET J.P. et coll. - 3 cas d'endo du grêle.
Mém. Acad. Chir. 1969, 95, N° 14-15, 455-459.

CLARK C.E. - Obstruction du grêle par endométriose.
Am. Surg. 1951, 17, 1145-1154.

COBELLIS L. - Endo de l'iléon, rapport clinique.
Ras. Int. Clin. Thra. 1951, 31, 645-648.

COLCOCK B.P. et LAMPHIER T.A. - Endo du gros intestin et de l'intestin grêle.
Surgery dec. 1950, 28, N° 6, 997-1004.

COOTE G. - Endo de l'int. grêle. Lyon méd. Janv. fev. 1948, 43, N° 1, 123-126.

COTTIER H. - Endo Post opératoire de l'iléon avec image radiologique de tumeur bénigne pédiculée du petit int.
Fortschr. Roentgenstr. 1953, 79, 775-776.

CUNIGGHAM K.et SMITH K.V. - Un cas d'invagination causée par endo de l'iléon.
Brit. J. Surg. Juil. 1948, 36, N° 141, 50-51.

DUBOIS J. - Quelques causes particulières d'occlusion intestinale (champignon) endométriose du grêle.
Arch. Franç. Mal. App. Dig. Janv. fév. 1969, 58, N° 1-2, 84-85.

DAVIS C.D. jr., ALEXANDER R.W. et BUENGER R.E. - Chirurgie de l'endométriose de l'iléon et du colon.
Am. J. Surg. fév. 1963, 105, N° 2, 250-266 (15 fig.).

FERRY C., MORIN A., REPOLT A., ROY J.L. et ESTIVAL J.F. - Endométriose de l'iléon associé à une endométriose et à un cancer de l'ovaire droit.
Rev. méd. Dijon Déc. 1969, 4, N° 8, 539-542.

FRADIN J. et ISIDOR H. - Une observation d'endométriose iléale à forme occlusive survenue dans le post abortum.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obs. Franç. 1965, 17, N° 5 bis 698-700.

FRANK P. et KUHLMANN N. - Une localisation rare de l'endométriose iléale (A propos d'une observation).
Arch. Mal. App. Dig. déc. 1962, 51, N° 12, 1529-1534.

GEMSENJAGERE - Endométriose intestinale.
Praxis 16 Sept. 1969, 58, N° 37, 1155-1158.

GLENN P.M. et THORNTON J.J. - Endométriose de l'iléon avec occlusion intestinale chronique partielle.
J. Am. Méd. Ass. 1940, 115, 520-522.

HAENIG - Endométriose de l'iléon. Schweiz. Méd. Wschr. 1934, 64, 496.

HEINDENREICH A., SILVA M.A.C. et VALENZUELA R.E. -
Ulcère simple et endométriose de l'iléon.
Prensa méd. argent. 28 déc. 1962, 49, N° 52,
2692-2695.

HERTZ, BLOCH LAINE, BONNET et TEXIER - Une localisation
rare de l'endométriose et ses difficultés de diagnostic (grêle).
13 M. Soc. Chir. Paris 19 mars, 2 av. 1965, 55, N° 3,
100-103.

JOYEUX R. - Sur un cas d'endométriose de l'intestin grêle.
Montpellier Chir. 1954, N° 5, 217-222 (2 fig.).

JEROME A., ECKER M.D., F.A.C.P., F.A.C.G., WILTON A., DOANE M.D.,
F.A.C.S. and DELBERT R., DICKSON M.D., SANTA BORHORA Calif -
The American Journal of gastroenterology 41, 1964.

JOHN A., SOMPSON M.D., ALBRANX -
Intestinal adenomas of endometrial type 1922, page
217.

KAHN M. - Endométriose de l'iléon.
Surg. Clin. N. Amer. 1931, 11, 1049-1054.

KATZ A.B. - L'endométriose de l'iléon.
Surg. Clin. Am. J. Dig. Dis. Mai 1948, 15, N° 5,
162-164 (3 fig.).

KINDER C.H. - Occlusion aigue de l'int. G. due à une endométriose.
Brit. J. Surg. Mars 1954, 41, N° 169, 550-552.

KELLER Mn. et FOLIE - Endo intest. résection iléo-caecale
cinq ans plus tarde récidive dans une hernie épiploïque.
36, 1937, 17-23.

LESCUT J., BIERENT P., GREGOIRE L. et BLANGY J. -
Endométriose de l'intestin grêle à propos de 2 cas.
Lille méd. juin-juil. 1968, 13, N° 6, 704-711.

LESCUT J., BIERENT, GREGOIRE L. et BLANGY J. - Endo. de l'int. grêle (actes de la société de gastro-entérologie de la région du Nord - séance du 8 nov. 1967).
Arch. fran. Mal. App. Dig. av. mai 1968, 57, N° 3 379.

LORTAT-JACOB J.L. et René L. -
Gaz. Méd. France 1949 - 431.

MACAFEE C.H.G. et GREER H.L.H. - L'endo intest. une étude de 29 cas avec revue de la littérature.
J. Obst. Gry. Brit. Emp. sou 1960, 67, N° 4, 539-556.

MAC GRUFF P., WAUGH J., DOCKERTY M. et RANDALL L. -
Endométriose comme cause d'obstruction de l'iléum.
Am. J. Obst. Gyn. déc. 1948, 56, N° 6, 1059-1068, 2 fig.

MAZINGARHE A. - A propos de 2 cas d'endométriose de l'intestin grêle.
Mém. Acad. Chir. 17 mai 1950 - 76, N° 18-19, 532-534.

MONGES H., PAYAN H. et MONGES A. - Sur l'endométriose de l'intestin grêle à propos d'un cas d'endométriose étagée de l'iléon.
Arch. Mal. App. Dig. sept. 1960, 49, N° 9, 1123-1132, 4 fig.

MONGES H., PAYAN H. et MONGES A. - L'endo. int.
Gaz. Méd. France 25 oct. 1960, 67, N° 20, 2045-2050 (2 fig.).

MONGES H. et Coll. - A propos d'une observation d'endo. du grêle.
Arch. Franç. Mal. App. Dig. N° 1967, 56, N° 11,1124,

MICHON L., OLIVIER Cl. -
Presses médicales, 17 août 1946, 534.

MARDIROUSSIAN -
Thèse Paris 1970.

NUSSBAUM M., KABAKOW et GINZBURG L. - Occlusion intestinale par endométriose de la valvule iléo-caecale.
New York Srate J. Méd. 15 Août 1964 - 64 - N° 16, 2109-2111.

POUPEE J.C. et PICAVET B. - Endométriose de l'iléon et fibromyome utérin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obs. Av. Mai 1969, 21, N° 2, 147-148.

PERODEAU J.A. - A propos de deux cas récents d'endométriose de l'intestin grêle.
Thèse Paris déc. 1952.

POULSEN T. - Cas d'endométriose sur l'iléon.
Nord. Méd. 1947, 33-63 64.

RAMPAL M., PIANA L., BLANC B. et LIEUTAUD R. - Endométriose génitale et de l'intestin grêle.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin août 1967, 19, N° 3, 253-255.

SIBILLY A., LAMPERT M., MASSON J.C. et DEHALLEUX J.M. - L'endométriose intestinale.
Sem. Hôp. Paris 10-20 Sept. 1968, 44, N° 38-39, 2310-2315.

SCALVINI L. - Occlusion intestinale aigue par endométriose de l'iléon terminale.
Minerva Chir. 30 juin 1959, 14, N° 12, 768-774 (6 fig.).

SOKOLNICKI J. - L'endométriose du grêle en tant que problème chirurgical. Polsky Tygod Lek. 23 sept. 1965, 20, N° 34, 1289-1291.

STAERCLE P. (de) - L'endométriose du grêle, étude d'un cas, acte chirurgical Belgica janv. 1960, N° 2, 65-74 (4 fig.)

STARR F.N.G. - Endométriose de l'iléon terminal de l'appendice et du caecum.
Arch. Surg. 1929, 19, 152-153.

STEWART C. - Adénomyome sur l'iléon.
J. Path. Bact. 1920, 23, 235-236.

THOMPSON H. - Sténose endométrienne de l'intestin grêle simulant une maladie de Crohn.
Parc. Roy. Soc. méd. Mars 1959, 52, N° 3.

WHITE R.J. - Occlusion aigue simultanée du colon et de l'iléon terminal due à une endométriose.
Surgery Juin 1954, 35, N° 6, 947-949.

ZANDER E. et Coll. - Endométriose entraînant une occlusion du petit int. 3 cas.
J. Int. Coll. Sur. 1948, 11, 149-153.

SCALVINI L. - Occlusion intestinale aigue par endométriose de l'iléon terminale.
Minerva Chir. 30 juin 1959, 14, N° 12, 768-774 (6 fig.).

SOKOLNICKI J. - L'endométriose du grêle en tant que problème chirurgical. Polsky Tygod. Lek. 23 sept. 1965, 20, N° 34, 1289-1291.

STAERCLE P. (de) - L'endométriose du grêle, étude d'un cas, acte chirurgical Belgica janv. 1960, N° 2, 65-74 (4 fig.)

STAER P.N.G. - Endométriose de l'iléon terminal de l'appendice et du caecum.
Arch. Surg. 1929, 19, 152-153.

STEWART C. - Adénomyome sur l'iléon.
J. Path. Bact. 1920, 23, 235-236.

THOMPSON H. - Sténose endométrienne de l'intestin grêle simulant une maladie de Crohn.
Parc. Roy. Soc. méd. Mars 1959, 52, N° 3.

WHITE R.J. - Occlusion aigue simultanée du colon et de l'iléon terminal due à une endométriose.
Surgery Juin 1954, 35, N° 6, 947-949.

ZANDER E. et Coll. - Endométriose entraînant une occlusion du petit int. 3 cas.
J. Int. Coll. Sur. 1948, 11, 149-153.